

FIEBRE REUMÁTICA

Autor. - Dr. Ricardo Quiroga Siles

I. DEFINICION

La fiebre reumática es un trastorno autoinmunitario que aún no ha sido tipificado por completo, es una enfermedad sistémica del tejido conectivo que se produce como complicación de una infección estreptocócica que afecta a tejidos del corazón, articulaciones y el sistema nervioso central

II. EPIDEMIOLOGIA

La fiebre reumática tiene mayor incidencia en áreas en desarrollo, no existen datos sobre la fiebre reumática, pero entre sus principales complicaciones, la cardiopatía reumática tiene una incidencia en países industrializados de 1/100.000 hab. esto es 100 veces mayor en áreas endémicas.

En el Instituto nacional de tórax de la Ciudad de La Paz, la prevalencia es de 4.7/1000 pacientes

III. ETIOLOGIA

Las cepas reumatógenas del estreptococo B hemolítico del grupo A (EBA) típicamente mucoides que se adhieren bien al tejido faríngeo y tienen propiedades antifagocíticas que permiten que las bacterias persistan en el tejido durante 2 semanas hasta que se crean anticuerpos específicos

IV. FACTORES DE RIESGO

Factor hereditario (antígeno leucocitario clase II), hacinamiento, Pobreza

V. CLASIFICACION

De acuerdo a su importancia se clasifica con afección cardiaca y sin afección cardiaca.

La presencia de carditis una vez confirmada la fiebre reumática se evaluará de acuerdo a la gravedad como sigue

Ligera :

- Soplo foco mitral: suave que no se irradia, protodiastólico de Carey-Coombs, que varía día a día.

Moderada:

- soplo sistólico III/VI en foco mitral que se irradia a axila y que se acompaña de un retumbo diastólico por estenosis mitral funcional.
- soplo diastólico de insuficiencia aórtica.
- cardiomegalia ligera sin signos de ICC.

Severa:

- Soplo sistólico IV/VI en foco mitral que se irradia a axila y que se acompaña de un retumbo diastólico importante.
- soplo diastólico de insuficiencia aórtica de magnitud, con signos periféricos evidentes.
- cardiomegalia importante.
- pericarditis con derrame
- bloqueo aurículo-ventricular con crisis de Stoke-Adams

VI. MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas iniciales necesarias para el diagnóstico de la Fiebre reumática se basará en el reconocimiento de una infección por el EBA que se caracteriza por: Odinofagia, Faringitis, fiebre (38 a 40°) cefalea, dolor abdominal, náuseas y vómitos, eritema faringo amigdalario con o sin exudados,

linfadenitis cervical anterior, petequias en el paladar blando, inflamación de la úvula y rash escarlatiniforme.

Signos de mejoría:

- Resolución de la IC
- Disminución de la taquicardia (especialmente en la noche)
- Mejoría clínica de la anemia
- Negativización de la PCR en la primera semana
- Descenso de la VES
- Normalización del intervalo PR en el ECG
- Disminución de la cardiomegalia en la Rx de tórax

VII. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Para facilitar el diagnóstico se postularon los criterios de Duckett Jones que se describen a continuación:

- Criterios

○ Mayores

- Carditis: Más frecuente a la 3era semana, pan carditis, frecuencia 50%
- Artritis: Compromiso de articulaciones mayores. Migra de articulación a las 24 a 48 horas frecuencia del 75%
- Corea menor o de Sydenham: Aparición tardía de 1 a 6 meses, frecuencia del 2%
- Nódulos subcutáneos: Duros, no dolorosos, en cara extensora de articulaciones, debe hacer sospechar de carditis, frecuencia del 10%

- Eritema marginado: Corta duración, en tronco y/o áreas proximales de extremidades, no pruriginoso a veces anular, frecuencia del 5%.
- Menores
 - Fiebre $\geq 38.5^{\circ}$ C
 - Artralgias
 - Reactantes de fase aguda (VES ≥ 60 mmh/h, PCR ≥ 3.0 mg/dl)
 - Intervalo P-R mayor a 200 ms en el ECG (en ausencia de Carditis como criterio mayor)

Sin embargo para el diagnóstico de fiebre reumática en grupos de alto riesgo como poblaciones endémicas, población indígena residente en zona de alto riesgo, inmigrantes de países en vías de desarrollo, no debemos esperar una clínica florida por tal hecho los criterios de Jones fueron modificados el 2015 para su aplicación en de acuerdo con el riesgo de la población (población de bajo riesgo incidencia < de 2/100 000 hab., o de cardiopatía reumática < de 1/1000 pacientes / año) como se describe a continuación:

1. Criterios Mayores

- Población de bajo riesgo: Carditis clínica o subclínica (con indicación de realizar ecocardiografía ante la sospecha con o sin clínica, y en casos de duda repetir la ecocardiografía).

- Población con riesgo medio y Alto: Carditis clínica o sub clínica y artritis (mono o poliartritis) posibilidad de Poliatralgia

2. Criterios Menores

- Población de Bajo riesgo: parámetros de inflamación y el nivel de fiebre

-Población con riesgo medio y alto: Monoartralgia, parámetros de inflamación y el nivel de fiebre

USO DE CRITERIOS DE JONES

-Para el diagnóstico de un primer episodio de FR se requiere 2 criterios mayores o 2 menores y 1 mayor mas evidencia previa de infección por EBA.

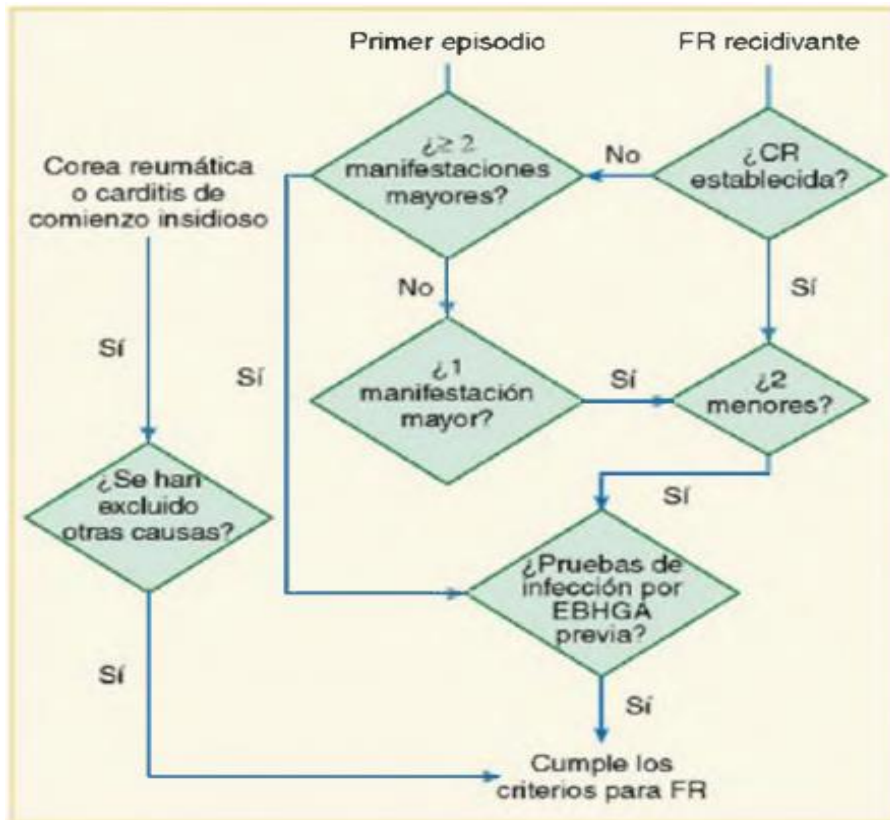
-Para el diagnóstico de ataque recurrente o fiebre reumática en paciente sin cardiopatía reumática: los mismos que para el anterior o tres criterios menores

- Para ataque recurrente o fiebre reumática en paciente con cardiopatía: 2 criterios menores mas evidencia de infección previa de EBA

-Corea reumática. Presentación de carditis reumática insidiosa: otro criterio mayor o evidencia de infección de EBA

-Lesiones crónicas valvulares por cardiopatía reumática (paciente que debuta con estenosis mitral pura o enfermedad valvular mixta y enfermedad aórtica): no requiere otro criterio

De acuerdo a los criterios de Jones se sigue el uso del siguiente algoritmo



VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Artritis reactiva, específicamente a Yersinia enterocolítica
- Artritis séptica
- Anemia de células falciformes
- Lupus eritematoso sistémico
- Enfermedad del suero
- Síndromes coreicos de causa no reumática

Otras causas de valvulopatías (colagenopatías, degenerativa, endocarditis)

IX. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Evidencia de infección estreptocócica reciente
 - o Cultivo faríngeo (10-20%)

- Anticuerpos
 - Antiestreptolisina: pico máximo 3-4 semana: positivo >300 U Todd en niños (80%)
 - Estreptozima: positivo dilución 1:200 (100%)
 - Anticuerpos antihialuronidasa
- Reactantes de Fase Aguda
 - Eritrosedimentación (elevada en 100% de los casos)
 - Proteína C reactiva
 - Leucocitosis con neutrofilia
- Enzimas Miocárdicas
- CPK-MB elevadas en carditis

- Ecocardiografía: los criterios mínimos se resumen en la siguiente tabla (deben cumplirse todos en cada afección valvular)

Insuficiencia mitral patológica	Insuficiencia Aórtica Patológica
1. Vista en 2 proyecciones	1. Vista en 2 proyecciones
2. En al menos una proyección una longitud de 2 cm*	2. En al menos una proyección una longitud de ≥ 1 cm*
3. Velocidad pico ≥ 3 m/s	3. Velocidad pico ≥ 3 m/s
4. Jet pan sistólico en al menos una proyección	4. Jet pan sistólico en al menos una proyección

*La longitud del Jet debe ser medida desde la vena contracta hasta el último pixel de regurgitación (azul o rojo) en una imagen no magnificada (sin zoom)

X. TRATAMIENTO AMBULATORIO

- a. Control del signo - sintomatología inflamatoria.

b. Evitar las Secuelas cardiacas

c. Erradicar la posible persistencia del Estreptococo de vía aérea

Prevención secundaria (con Penicilina Benzatinica 1,2 millones de UI / IM en >de 27 kg de peso, o 600000 UI en < de 27 kg de peso cada 4 semanas o cada 3 semanas en población de alto riesgo) considerar siempre el régimen más largo

- Fiebre reumática con carditis con lesión cardiaca residual:

Durante 10 años del último ataque o hasta los 40 años, considerar tratamiento de por vida en paciente de alto riesgo

- Fiebre reumática con carditis pero sin lesión cardiaca residual:

Durante 10 años del último ataque o hasta los 21 años

- Fiebre reumática sin carditis

Durante 5 años del último ataque o hasta los 21 años

XI. COMPLICACIONES

- La principal son las secuelas valvulares con las siguientes características

- Insuficiencia mitral pura en 19%; doble lesión mitral en 53%; estenosis mitral pura en 23%.
- La Valvulopatía aórtica es mucho menos frecuente que la mitral; como secuela definitiva tenemos insuficiencia sigmoidea pura en 12% y como doble lesión (insuficiencia + estenosis) en 21%. En la mayoría de los casos, la valvulopatía aórtica se asocia a valvulopatía mitral y sólo en 2% de los casos se presenta aislada.
- En cuanto a valvulopatía tricuspídea orgánica siempre está asociada a valvulopatía del corazón izquierdo. Su incidencia es de 2%.

- La valvulopatía pulmonar es infrecuente.
- Instaurada la valvulopatía reumática, la complicación principal es la insuficiencia cardiaca, y afectación de otras válvulas previamente sanas para lo que se deberá realizar la prevención secundaria así como tratar infecciones estreptocócicas en miembros de la familia del paciente.

XII. CRITERIOS DE REFERENCIA

Diagnóstico de fiebre reumática

XIII. CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

Control de cuadro agudo e instauración de profilaxis

XIV. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

- Diagnóstico de fiebre reumática hasta evaluación completa
- Carditis reumática grave en que la insuficiencia cardiaca es importante debida al proceso inflamatorio
- Actividad reumática grave con gran ataque al estado general.
- Cardiopatía reumática crónica con insuficiencia cardiaca.

XV. TRATAMIENTO

Controlar la carditis y datos de insuficiencia cardiaca

1. Erradicación del Estreptococo, Prevención primaria

- i. Penicilina benzatinica: 600.000 U (<27Kg) o 1.200.000 U (>27Kg) Intra muscular c/15 días el 1er mes
- ii. Penicilina V: Niños 250mg c/12 u 8 h (<27Kg), en >27Kg adolescentes y adultos 500mg c/12 u 8 h, Vía oral por 10 días
- iii. Amoxicilina 50mg/Kg c/24h

iv. Alérgicos a beta lactámicos:

1. Claritromicina 15 mg/kg/día dividido c/12h (máximo 250mg c/12h) por 10 días
2. Azitromicina 12mg/Kg/día (máximo 500mg) por 5 días

2. Terapia antiinflamatoria

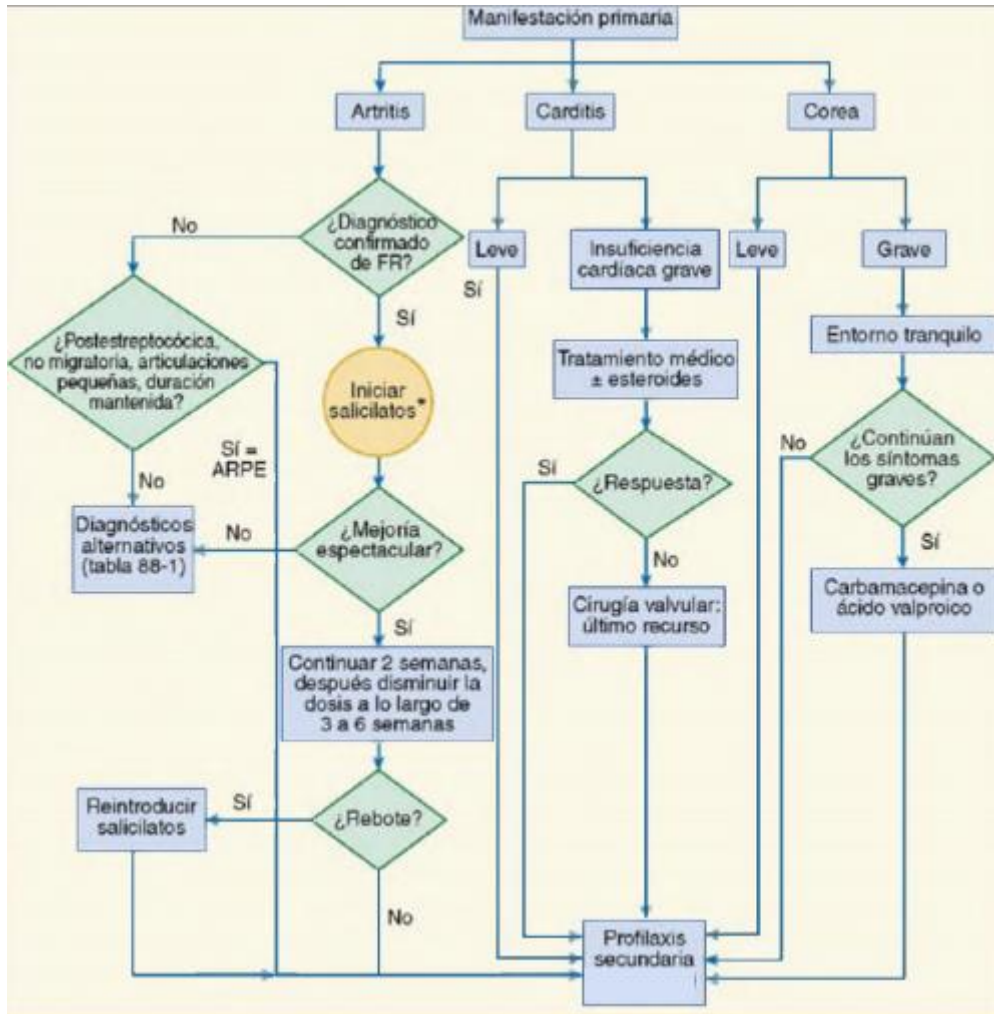
- i. Acido Acetilsalicílico 80 a 120mg/kg/día dividido en 4 tomas. Dosis máxima diaria 5 g.
- ii. Prednisona 1-2mg/kg/día en 1 a 2 tomas, por un mes (agresión cardiaca importante)

3. Corea: Requiere tratamiento con tranquilizantes como terapia sintomática

4. Carditis: de acuerdo al grado:

- Desde la prevención de insuficiencia cardiaca hasta tratamiento de insuficiencia cardiaca ya establecida

De acuerdo a lo planteado en el tratamiento se sugiere seguir el siguiente algoritmo



ARPE (artritis reactiva no estreptocócica), FR (fiebre reumática)

Resultados esperados

- desaparición de signo sintomatología inflamatoria
- Evitar secuelas cardiacas

XVI. CRITERIOS DE ALTA

Resolución de insuficiencia cardíaca, con ausencia de datos clínicos de carditis, posibilidad de realizar tratamiento domiciliario

XVII. CRITERIOS DE REFERENCIA

Insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento convencional y/o necesidad de cardiología intervencionista o cirugía, Choque carcinogénico.

XVIII.BIBLIOGRAFIA

- Gerber M, Baltimore R, Eaton C, Gewitz M, Rowel A, Shulman S, Taubert K Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis. A Scientific Statement From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research Circulation. 2009;119:1-9.)
- Ros-Viladoms J, Fiebre reumática: una enfermedad emergente An Pediatr Contin. 2010;8(1):17-25
- Kurlan R, Johnson D, Kaplan EL; Tourette Syndrome Study Group. Streptococcal infection and exacerbations of childhood tics and obsessive- compulsive symptoms: a prospective blinded cohort study. Pediatrics. 2008;121:1188 –1197.
- Osmon DR. Antimicrobial prophylaxis in adults. Mayo Clin Proc 2000; 75:98-109.
- World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation, Geneva. WHO, 29 Oct to 1 Nov, 2001. WHO Tech Rep Ser 2001;923.
- Carapetis J y col Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia MJA 2007; 186: 581–586
- Soma RB, Zoltan GT. Fiebre reumática. En Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P,etal, editores. Braunwald tratado de medicina

cardiovascular. Vol 1. 9na Ed. España. El Sevier; 2013. p. 1893-1900

- Izabela Szczygielska, Elżbieta Hernik, Beata Kołodziejczyk, et al.
Rheumatic fever – new diagnostic criteria Reumatologia 2018; 56, 1: 37–
41